DISSERTATION

N° 46.

SUR

LA PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT,

ET MODIFICATION DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME

POUR EMPÊCHEE L'AIR EXTÉRIEUR DE PÉNÉTRER DANS LA POITRINE ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J.-A.-STANISLAS DOUIS, d'Orbec,

Département du Calvados ;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Edit quisque quid potest.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

A MA MÈRE

ET

A MON BEAU-PÈRE.

Gage d'amour filial.

A MES AMIS.

Amitié.

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT,

ET MODIFICATION DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME

POUR EMPÊCHER L'AIR EXTÉRIEUR DE PÉNÈTRER DANS LA POITRINE.

L'enthousiasme qui anime les élèves en médecine au commencement de leurs études, les porte à penser, pour la plupart, qu'à l'époque de leur thèse ils auront réuni un certain nombre de faits sur une de ces affections, dont la marche, aiguë ou chronique, a moins souvent une terminaison favorable que funeste; et si les mêmes moyens, employés sur différentes personnes, coïncident avec quelques succès, on est disposé à rapporter la guérison au bénéfice d'un remède dont l'action équivoque n'a pu être bien constatée. Je veux parler de la péritonite puerpérale ou des femmes en couches.

J'ignore si l'intérêt que sait si naturellement inspirer un sexe qui a pour nous tant de charmes m'avait conduit à préférer ce sujet, ou si la philantropie qui nous anime avait seule présidé au choix; tout ce que je sais, c'est que mes recherches, insuffisantes dans cette matière, ne me permettent pas d'asseoir mon jugement sur l'efficacité

des frictions mercurielles dans l'affection qui nous occupe; et si je voulais faire prévaloir ce moyen, je n'aurais rien à ajouter à ce qu'à dit à ce sujet un de mes collègues et amis, M. *Dusoir*, dans sa thèse inaugurale.

Cet enthousiasme, que je crois utile pour se livrer à l'étude de la médecine et en supporter les fatigues, ne doit pas être porté trop loin, car il amènera peut-être la prévention, et si celle-ci existe, elle nuira nécessairement au résultat de ses recherches. Il faut donc que le jeune médecin, guidé par le désir de s'instruire et d'être utile, ne prennent les faits que pour ce qu'ils valent, et qu'il n'adopte pas exclusivement l'opinion de tels ou tels, que leur éloquence ou leur mérite personnel entraîne irrésistiblement à mériter tous les suffrages. On voit, par ce peu de mots, que je suis éclectique et éloigné de tout système exclusif. Je fais ma profession de foi, ne pouvant entrer dans de grands détails pour développer ma pensée; car ici mon but est de satisfaire à un devoir; ma santé, me donnant des inquiétudes, m'impose l'obligation de terminer au plus tôt mes études. Considérant alors ma thèse comme une formalité à remplir, tous les sujets me deviennent indifférens à traiter; je donnerai cependant la préférence à la pleurésie, pour arriver à l'opération de l'emphyème. Je propose une modification que je ne crois pas sans importance; j'avoue que je n'ai aucuns faits par devers moi; je fais une application des lois physiques à l'économie; j'y ai été conduit par les connaissances de cette science, qui est professée avec tant de distinction dans cette École par M. le professeur *Pelletan*, et si le moyen que je propose ne recevait pas l'assentiment de mes juges, je me croirais encore excusable en faveur du motif qui ma guidé. Quel que soit le sort qui m'attend, je ne terminerai pas sans rendre le tribut d'hommage que je dois à tous les professeurs de cette Faculté, qui la font briller d'un si vif éclat que chacun de nous s'honore de lui appartenir.

Depuis les progrès dans le diagnostic des maladies, et l'habitude que prennent les savans de procéder, dans leurs recherches, par tables numériques, on est parvenu, avec une inconcevable facilité, à

connaître les ravages de telles ou telles affections sur l'économie ; c'est ainsi que M. *Bayle* a fait voir, par un relevé fait à l'hospice de la Charité pendant l'espace de trois années, que la cinquième partie des malades dans les hôpitaux de Paris meurent phthisiques.

Tout le monde connaît la fréquence des maladies de poitrine et leur variété, l'impression fâcheuse qu'elles laissent sur les organes, qui fait que, pour certains individus, les affections les plus légères de ces mêmes organes les prédisposent aux maladies les plus graves ; et si celles-ci, qui affectent une marche aiguë, occasionnent souvent la mort, souvent celle-ci arrive encore, quoi qu'à pas lents, lorsquelles passent à l'état chronique.

Les deux sexes y sont également sujets : quelques-unes paraissent affecter plus particulièrement certains âges, et se développer sous certaines conditions ; aussi ces maladies peuvent-elles être sporadiques, endémiques et épidémiques. Le croup, la coqueluche, la rougeole, la variole, etc., affectent particulièrement l'enfance. Les affections catarrhales, l'hémopthisie, sévissent surtout contre l'adulte ; les pleurésies, les pneumonies, sont plus fréquentes dans l'âge mûr, et les mêmes affections chez les vieillards sont presque toujours mortelles. La femme enceinte ou nouvellement accouchée peut être tout à coup frappée de pleurésie qui amène la mort ; ce malheureux privilége s'observe surtout chez les jeunes femmes qui sont trop délicates pour supporter le commerce énergique qui s'établit entre l'utérus et les poumons, dont la substance molle s'accoutume difficilement, après l'accouchement, au retour impétueux du sang, qui cesse d'affluer vers la matrice. (*Mulier propter uterum tota morbus est*).

La pleurésie, *pleurite*, *pleuritis* des Latins, πλευροτος des Grecs, est une maladie très-fréquente, qui consiste dans l'inflammation de la plèvre ou membrane séreuse qui tapisse la partie interne de la poitrine et rêvet les organes que celle-ci renferme, sans en contenir aucun dans sa propre cavité. L'inflammation peut-être aiguë ou chronique, primitive ou consécutive, générale ou partielle ; elle peut se borner à un seul côté du thorax, ou envahir les deux côtés à la fois ;

elle a aussi reçu différens noms, suivant le lieu qu'elle occupe ; ainsi on l'appelle *pleurésie costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine* et *interlobulaire*, suivant son siége. Les symptômes qu'elle présente sont propres aux phlegmasies, et comme elles, susceptibles de toutes les terminaisons des affections inflammatoires. Les traités les plus anciens parlent de la pleurésie ; mais son siége n'était pas très-bien établi, il régnait beaucoup d'obscurité sur son acception propre. Par le mot *pleurésie*, les auteurs entendaient toute espèce de douleur de côté à l'état aigu et accompagnée de fièvre.

C'est aux travaux de *Pinel* que nous devons la connaissance de cette maladie ; c'est lui qui, le premier, à débrouillé le chaos dans sa Nosographie philosophique, en mettant en pratique le principe d'analyse que le grand Condillac nous à fait connaître, en procédant du simple au composé, du connu à l'inconnu, du particulier au général. Cet auteur a rendu un service immence à la science !

Plusieurs divisions ont été faites par les auteurs modernes ; mais je crois que toutes peuvent se rapporter à deux, suivant sa marche, son intensité et ses symptômes : aussi ne parlerai-je de cette maladie qu'à l'état aigu et à l'état chronique.

A l'état aigu. C'est en effet la forme qu'elle revêt le plus ordinairement ; cependant elle peut être chronique dès sa naissance ; elle peut être avec ou sans épanchement : pour cette raison, elle est dite *sèche* ou *humide*.

Symptômes.

Les deux grandes divisions que je suis me paraissent importantes à distinguer dans l'emploi des moyens curatifs. Les symptômes qu'elle présente sont locaux et généraux, et ordinairement en raison directe de l'étendue et de la gravité qu'affecte la maladie ; elle débute par un frisson, suivi d'une douleur qui occupe presque toujours le voisinage du mamelon : cette douleur est pongitive ; elle augmente par l'inspiration, par la toux, par la pression la plus légère, par le décubitus sur le côté affecté ; elle diminue dans des circonstances opposées, et

cesse même quand le malade suspend sa respiration. La face est rouge, la langue est blanche, le plus souvent il y a soif, inappétence et insomnie; les urines sont rouges et peu abondantes; le malade est inquiet; la peau est chaude et humide, le pouls est fréquent et petit, quand la douleur est aiguë; la parole est faible, entrecoupée; souvent le malade s'arrête au milieu des mots pour respirer. Cependant la gêne de la respiration n'est pas toujours sensible pour le malade; mais si on vient à le faire parler, on reconnaît facilement l'accélération de la respiration; la toux a aussi quelque chose de caractéristique : le malade ne cède que malgré lui au besoin de tousser. L'expectoration est ordinairement nulle; cependant il arrive quelquefois que certains rejettent avec effort une matière blanchâtre analogue à de la salive mêlée avec de l'air, d'autres, quand les efforts de la toux sont très-forts, rendent des crachats muqueux offrant quelques stries de sang. Il pourra arriver qu'en découvrant la poitrine du malade et examinant comparativement les deux côtés du thorax, on observe une différence sensible entre les mouvemens respiratoires de ces deux côtés; il semble que les muscles inspirateurs aient suspendu leur action du côté affecté : mais je répète ce signe n'est pas constant.

Tels sont les symptômes qu'offre la pleurésie : ceux-ci persistent quelquefois pendant deux ou trois jours, et diminuent peu à peu. Le malade alors entre en convalescence. C'est à ces pleurésies que M. *Andral* a donné le nom de *pleurésies sèches*, parce que, selon cet auteur, aucune exhalation morbide n'a eu lieu à la surface de la plèvre. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et la durée de la pleurésie est très-variable, même malgré les moyens les mieux appropriés. Il peut arriver qu'un épanchement plus ou moins considérable se fasse lentement ou tout à coup après l'invasion de la maladie; et si la dilatation de la poitrine, du côté affecté, n'a pas lieu, on pourra encore le reconnaître par la double méthode de la percussion et de l'auscultation : en effet, à la sonoréité succède la matité, et à l'expansion du bruit pulmonaire l'absence de la respiration. Ces signes, comme on voit, sont importans à constater pour établir le diagnostic

Ce serait une erreur de penser que l'épanchement entraîne avec lui l'idée de la maladie à l'état chronique : celui-ci peut exister la pleurésie ne faisant que débuter ; *Laennec* l'a constaté trois heures après l'invasion de la maladie.

La diminution graduelle dans l'intensité des symptômes locaux et généraux doit faire présumer que la résorption s'opère : on en a la certitude, si en même temps la respiration devient plus pleine et moins fréquente, et si le son est moins mat ; si le bruit respiratoire se fait entendre d'abord faible et lointain, ensuite plus rapproché et plus fort. Ce bruit reparaît d'abord dans les points où il avait disparu plus tard : ainsi, on l'entend successivement le long du rachis, puis au sommet de la poitrine, sous l'omoplate, enfin vers la partie inférieure de la poitrine.

Dans d'autres cas, la résorption du liquide épanché n'a pas lieu, et, soit que sa quantité augmente, soit que, restant la même, le sujet s'affaiblisse peu à peu par la seule prolongation du mal, ou que le liquide acquiert des qualités nuisibles, le malade s'épuise et finit par succomber.

Heureusement que les choses ne se passent pas toujours ainsi, et que l'épanchement peut être même assez considérable sans que le malade en soit notablement gêné : c'est ce qui arrive dans la pleurésie chronique, dont je parlerai plus bas.

On voit, d'après ce qui précède, que s'il y a épanchement, il y aura matité et absence du bruit respiratoire. Mais un phénomène qui n'est pas moins important, c'est que, l'oreille étant aussi appliquée comme je viens de le dire, si l'on fait parler le malade, on entend ce que *Laennec* désigne sous le nom d'*égophonie* ou voix chevrotante ; il semble, en effet, que la voix vient se perdre à la surface du liquide, et lui imprimer une sorte d'ondulation ou frémissement. Ce caractère est également important à constater, car il pourra indiquer approximativement la quantité de liquide épanché, qui, pour que ce phénomène se produise, doit être peu abondant, suivant *Laennec ;* et si même ce phénomène persiste plusieurs jours après l'invasion de la

maladie, et que les symptômes de réaction aient diminué d'intensité, on pourra croire, d'après le même auteur, que la maladie marche vers la résolution. Quand les choses se passent ainsi, c'est ordinairement du septième au quatorzième jour que se termine cette affection; mais s'il y a exaspération, voici quelquefois ce qu'on observe : la douleur du côté cesse de se faire sentir à l'époque précitée, l'oppression est moins forte, mais la fréquence du pouls augmente; la physionomie s'altère, le malaise persiste. A ces signes se joignent la dilatation du côté affecté, l'œdème de la partie. Quand les choses en sont là, le danger devient imminent; cependant il n'est pas encore impossible que le malade guérisse. L'opération de l'empyème peut devenir indiquée. La médication, comme je le dirai à l'article *traitement*, doit être basée sur l'intensité des symptômes, et proportionnée aux forces du malade.

Cette affection peut revêtir toutes les formes, exister même à l'état latent, ainsi que le rapporte M. *Andral*, qui en cite même plusieurs exemples dans son ouvrage intitulé *Clinique de* M. Lherminier.

D'après M. *Chomel*, les phénomènes particuliers que présente la pleurésie aiguë se réduisent à trois principaux degrés d'intensité, selon qu'elle est sans épanchement, avec épanchement médiocre ou abondant. Dans les deux premiers cas, le prognostic n'est pas fâcheux, mais il peut le devenir quand l'épanchement est considérable. Dans tous, il est bon d'observer que cette maladie présente, pendant sa durée, des redoublemens qui ont lieu particulièrement le soir, caractérisés par le retour des symptômes que j'ai déjà énumérés plus haut, qui sont, douleur de côté augmentant par l'inspiration, avec toux, gêne de la respiration, rougeur de la face, fréquence du pouls, augmentation de la chaleur animale.

La pleurésie aiguë passe à l'état chronique toutes les fois qu'une cause quelconque s'oppose à la prompte absorption du liquide épanché, et à la conversion de fausses membranes en tissu séreux accidentel.

La pleurésie chronique peut être telle de sa nature. Les signes

physiques ne diffèrent en rien de ceux de cette maladie à l'état aigu ; seulement on trouve rarement de l'égophonie, parce que le plus souvent l'épanchement est déjà abondant lorsque le malade va consulter un médecin.

Laennec, auquel j'emprunterai une partie de ce que je dirai sur ce sujet (ma propre expérience me manquant), distingue trois sortes de pleurésies chroniques :

1°. Celles qui dès le début ont ce caractère ;

2°. Celles qui de l'état aigu passent à l'état chronique ;

3°. Celles qui sont compliquées de productions organiques sur la surface de la plèvre ont une ressemblance grossière avec les exanthèmes cutanés.

La pleurésie chronique, qui est telle de sa nature, ne présente, à aucune époque de son existence, une douleur, un mouvement fébrile, en un mot, les phénomènes de réaction aussi intenses qu'on les observe dans la pleurésie aiguë. Sa marche est tout à fait insidieuse : le point de côté n'existe pas, ou bien la douleur est obscure et fugace, et reparaît seulement de loin en loin ; une fièvre lente s'établit peu à peu ; le malade tousse, et plus souvent que dans l'état aigu ; la toux est suivie d'expectoration muqueuse, quelquefois puriforme ; l'amaigrissement marche avec plus ou moins de rapidité ; les fonctions digestives languissent, et la susceptibilité de l'estomac s'accroît à un tel point, que le malade supporte difficilement les alimens les plus légers, même les boissons : l'anasarque survient ; des congestions sanguines ou séreuses du cerveau, ou de légères inflammations des organes thoraciques, restés sains jusque-là, hâtent la mort du malade. Mais il peut en être autrement, et l'on voit quelquefois, ainsi que dans la pleurésie aiguë, l'épanchement être resorbé, ou se faire jour à l'extérieur, soit à travers le tissu pulmonaire jusque dans les bronches, d'où il est rejeté par l'expectoration, ou à travers les parois de la poitrine, d'où il s'écoule immédiatement au-dehors ; il y a amincissement des tégumens, et la sortie a lieu. Dans le premier cas,

ainsi que l'observe M. *Chomel*, on voit subitement succéder à la toux sèche que présentait le malade une expectoration plus ou moins abondante, quelquefois une sorte de vomissement de pus qui se prolonge pendant un certain nombre de jours, et même plusieurs mois.

Dans le second cas, on voit, dans des conditions semblables, se former dans quelques points de la poitrine un ou plusieurs abcès, qui, lorsqu'ils s'ouvrent, donnent issue à du pus dont l'abondance est disproportionnée avec leur volume, et dont l'écoulement a lieu principalement ou même exclusivement pendant l'expiration, la toux et les autres effets expirateurs; et si l'on introduit un stylet mousse dans l'ouverture, on reconnaît que le pus vient de la poitrine. Dans d'autres cas enfin, le pus peut se faire jour simultanément par ces deux voies.

La pleurésie chronique est quelquefois, comme la pleurésie aiguë, bornée à une portion de la membrane qui revêt l'intérieur de la poitrine; elle est dite *partielle*. Dans ce cas, le diagnostic est difficile, surtout si la poitrine n'est ni dilatée, ni bombée, comme cela arrive quand l'épanchement est général. Il est vrai que la matité et la dyspnée sont d'un grand secours dans ce cas. Celle-ci peut occuper tous les points de la cavité thoracique; mais j'ai déjà indiqué les lieux où elle pouvait avoir son siége, et je n'y reviendrai pas.

Les causes qui produisent cette maladie peuvent être distinguées en *causes éloignées* ou *causes prochaines*, ou bien en *prédisposantes* et *efficientes*.

Causes prédisposantes.

Les premières sont : l'étroitesse de la poitrine, les tubercules pulmonaires avant de se ramollir, l'abus des liqueurs alcoholiques ou des plaisirs de Vénus. Je rapporterai ici ce qu'a dit à ce sujet M. *Girot*, jeune docteur distingué, médecin du bureau de charité du neuvième

arrondissement de Paris : selon lui, comme selon tous les auteurs, c'est une maladie qui affecte tous les âges, et indistinctement les deux sexes, mais particulièrement les adultes d'un tempérament sanguin. Son développement a lieu surtout pendant le temps qui s'écoule entre le printemps et l'été. « C'est à cette époque, dit-il, que la nature se réveille de son assoupissement hivernal, répand dans tous les corps les irradiations d'une nouvelle force. L'homme alors éprouve un bien être et le sentiment d'un surcroît d'existence. Cet état et les pendiculations, si je puis m'exprimer ainsi, qu'il éprouve alors, appellent nécessairement les humeurs à la circonférence, ce qui est déjà le premier pas fait vers la maladie : il ne faut donc plus qu'une occasion pour la déterminer. Si l'on considère les sympathies qui existent entre le système cutané et le système séreux, si l'on considère l'état du premier à l'époque précitée, les diverses causes de différente nature qui agissent sur lui, et qu'on vienne à supposer, par la pensée, la disparition brusque de l'une d'elles, ou le passage brusque de l'une à l'autre, ne sera-t-il pas raisonnable de penser que l'état où se trouve alors le système séreux, en tenant compte des lois physiologiques, devra être influencé? Et comme on sait, par l'observation, que la plèvre est une des membranes séreuses qui s'enflamment le plus souvent, on aura donc lieu de penser que les choses devront nécessairement se passer ainsi. »

Causes efficientes.

Elles sont ordinairement celles des maladies inflammatoires : les hivers, l'impression du froid long-temps continué, après un exercice violent, sont les plus communes ; les affections rhumatismales, la rétropulsion d'un exanthème, la goutte, la suppression des hémorrhoïdes ou autre évacuation habituelle, les coups, les chutes, les fractures ou une foule d'autres causes.

Diagnostic.

D'après le grand nombre de symptômes que nous avons énumérés pour reconnaître la maladie, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, on pourrait croire qu'on peut, dans tous les cas, la toucher au doigt et à l'œil; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et des autopsies faites assez fréquemment viennent confirmer la vérité de ce que j'avance. Il est vrai que, quand elle est accompagnée de certains phénomènes morbides qui lui sont propres, ceux-ci jettent un si grand jour sur sa nature, qu'il n'est plus permis de la méconnaître. Quand, par exemple, aux signes de réaction qu'on observe ordinairement, le malade éprouve une douleur pongitive au-dessous du mamelon plus forte dans l'inspiration, ou encore si à la matité du côté affecté se joint l'absence du bruit respiratoire, ou bien avec la dilatation de la poitrine, l'œdème, l'empâtement de la partie malade; si à ceux-ci se joint la succussion, qui est le signe par excellence, nul doute sur sa nature. Mais, je le répète, ceux-ci peuvent manquer, et comme presque toujours des symptômes généraux président au développement des maladies locales, que des évacuations alvines, des nausées ou vomissemens peuvent avoir lieu avec une foule d'autres symptômes, on voit que les premiers peuvent devenir équivoques. Cependant si l'on ne perd pas de vue la succession des phénomènes morbides que j'ai énumérés à l'article *symptôme*, et qui sont constans dans l'affection qui nous occupe, on pourra, dans le plus grand nombre des cas, porter un jugement certain.

Prognostic.

Celui-ci découlera naturellement de la gravité des symptômes, de l'âge, de la constitution du sujet, de la complication de la maladie et de son ancienneté. Il sera peu fâcheux si l'individu

malade présente des phénomènes de réaction peu intenses, et qu'il soit jeune; il en sera autrement si le sujet est d'un âge plus ou moins avancé, et débilité par des maladies antécédentes, s'il a un épanchement abondant, et surtout si cet épanchement augmente graduellement, et que les forces du malade s'affaiblissent dans les mêmes proportions. Il deviendra peut-être utile d'avoir recours à l'opération de l'empyème; mais il faut, pour qu'elle soit couronnée de succès, ne pas attendre à l'extrémité pour la pratiquer, et qu'il reste assez de force au malade pour qu'une réaction salutaire puisse s'opérer. Si l'épanchement a été abondant, de manière à dilater la poitrine, on sera tout surpris, quelques mois après, de constater un phénomène contraire, quoique le malade paraisse bien rétabli; je veux parler du rétrécissement du côté affecté, qui survient presque toujours d'après la résorption complète du liquide épanché. Ce rétrécissement, visible si l'on compare les deux côtés du thorax, se reconnaît même à la démarche des individus si l'on veut y faire attention; ceux-ci sont comme panchés sur le côté qui a été malade. Cette diminution de la poitrine, qui coïncide avec l'absorption de la partie séreuse de l'épanchement, commence de très-bonne heure, mais elle n'est souvent sensible qu'après plusieurs mois de la maladie : le son reste mat, et la respiration a moins de force. Cet état dure toute la vie, et s'allie souvent à une bonne santé.

La matière puriforme qui s'épanche dans la poitrine après l'inflammation des plèvres ou des poumons n'a jamais la consistance de celle qui provient de la suppuration du tissu cellulaire; elle est naturellement jaunâtre, séreuse, chargée de flocons albumineux, et à peu près comme celle qu'on rencontre dans l'abdomen des individus morts à la suite d'une péritonite. D'après *Laennec*, dans la pleurésie chronique, la sérosité est citrine et moins limpide que dans la pleurésie aiguë Cette sérosité est mêlée d'une grande quantité de fragmens pseudo-membraneux, extrêmement petits, qui, sembla-

bles à une farine grossière délayée dans un liquide, se précipite au fond par l'effet du repos. Quel que soit le prognostic qu'on ait porté sur l'empyème, si l'opération donne issue à un pus plus ou moins abondant et louable, que la pesanteur sur le diaphragme et la difficulté de respirer diminuent, que le pouls se relève, que le malade ait des idées gaies et qu'il conserve ses forces, on devra en attendre un heureux résultat; mais si, après avoir ouvert la poitrine, on ne voit sortir aucun fluide, ou qu'il s'en évacue une grande quantité, surtout s'il est d'abord fétide et sanguinolent, il est probable que les symptômes qui existaient avant l'opération ne tarderont pas à empirer, et que le malade succombera. D'après M. *Laennec*, la plèvre, chez les individus affectés de pleurésie chronique, est plus injectée que dans l'inflammation aiguë. Deux ouvertures de cadavres que j'ai faites dans le cas qui nous occupe ne m'ont pas permis de reconnaître une injection plus manifeste ni même un épaississement plus marqué de la membrane séreuse.

Traitement.

Il est très-difficile de préciser un traitement, quelle que soit la maladie qu'on ait à traiter; car il faut avoir égard à la cause qui la produit, à la marche variée qu'elle affecte, et à une foule de circonstances qui apporteront nécessairement des modifications dans les moyens thérapeutiques que l'on doit mettre en usage. Il faut l'avouer, la description des faits généraux sera toujours insuffisante pour fixer les idées en pathologie, l'observation des faits particuliers étant la base de toute vraie connaissance solide. A l'occasion du traitement de la pleurésie, je pourrais dire d'une manière générale que son traitement repose sur les mêmes bases que celui des autres inflamations; mais, d'après les deux divisions que nous avons admises, le traitement peut être divisé en deux parties, suivant que la maladie est à l'état aigu ou à l'état chronique. L'énergie des moyens devrait être proportionnée à l'âge et à la constitution du sujet. L'individu est-il jeune, fort? la maladie

est-elle à l'état aigu ? les antiphlogistiques devront être employés. D'après *Laennec*, on aura recours aux saignées locales et générales jusqu'à ce que le point de côté ait disparu et la fièvre aiguë, et y revenir si les symptômes reparaissent. Les ventouses scarifiées sont préférables aux sangsues ; celles-ci, longues et douloureuses dans leur action, tirent le sang d'une manière inégale. Dans les premiers jours, il est bon de mettre le malade à une diète absolue, à moins que ce ne soit un enfant, et de permettre ensuite, sans attendre trop longtemps, des alimens liquides ; c'est le meilleur moyen d'éviter les convalescences, interminables par le passage de la maladie à l'état chronique.

Sydenham recommande de faire lever le malade lorsque cela est possible. Ce moyen a réussi à *Laennec*, qui le conseille : il abat l'orgasme inflammatoire.

Après la période d'acuité, les vésicatoires pourront être employés avec avantage ; le tartre stibié à haute dose, comme dans la pneumonie, contribue puissamment à faire tomber l'inflammation. Il faut éviter la nécessité de tirer une grande quantité de sang, et si la fièvre et le point de côté ont cessé, ce moyen perd son efficacité.

Les frictions mercurielles à haute dose sont conseillées par lui (*Laennec*) ; il dit en avoir retiré de bons effets en favorisant la résolution, même dans le cas de maladie chronique. Il est clair, comme on le voit, que le traitement doit être modifié suivant les différences d'âge, de sexe, etc. ; et un système exclusif en médecine est une chose absurde : dire qu'il faut toujours saigner, toujours appliquer des vésicatoires, etc., c'est publier hautement sa stupidité.

Dans certains cas où la faiblesse ne permet plus d'avoir recours aux émissions sanguines, et où l'épanchement devient considérable, ce n'est plus l'inflammation de la plèvre qu'il s'agit de combattre, mais l'épanchement, qui en est la conséquence. Si le liquide en grande

abondance paraît vouloir se faire jour au dehors, si les espaces intercostaux excèdent le niveau des côtes, que la fluctuation soit manifeste, si la succussion exercée fait entendre le bruit du liquide, l'opération de l'empyème pourra être pratiquée; on sait, toutes choses étant égales d'ailleurs, qu'elle offre plus de chances de succès dans la pleurésie chronique de sa nature. Le poumon pourra se dilater plus facilement, n'étant point comprimé par une fausse membrane; ou, si celle-ci existe, elle est molle et friable, et n'a pas la même consistance. Je ne crois pas qu'on doive, dans tous les cas d'épanchement, même abondant, avoir recours à ce moyen, qui compromet toujours l'existence de l'individu par l'introduction de l'air, qui décompose les liquides. La modification que je propose, quoique très-simple, a, je pense, l'avantage de prévenir l'accident que je signale; je crois qu'elle pourra réussir dans un grand nombre de cas, mais encore ici il y a des indications spéciales qui en recommandent l'emploi. Si on n'a pas recours à ce moyen, les vésicatoires volans ou ceux dont on entretient la suppuration pourront être employés. Le séton : j'ai eu occasion d'en voir un succès bien marqué sur un individu âgé de quarante-cinq ans, fort et robuste, qui portait depuis plusieurs semaines un épanchement très-abondant avec dilatation de la poitrine. Ce moyen, combiné avec quelques saignées de huit à douze onces à certaines distances l'une de l'autre, uni à l'emploi des diurétiques, a parfaitement reussi; j'en ai présenté l'observation à mon cinquième examen; je l'avais recueillie à Beaujon, dans le service de M. *Marjolin*. Ce cas était un de ceux qui offre le moins de chance pour la résorption, tant la quantité paraissait considérable : cependant le malade a guéri.

On a conseillé les moxas et les cautères, en associant à leur emploi l'usage des purgatifs, des diurétiques, le nitrate de potasse depuis un scrupule jusqu'à un gros, l'acétate de potasse depuis six gros par jour jusqu'à deux onces dans une pinte ou deux livres de véhicule.

Quand il n'y a pas de fièvre hectique notable, il est souvent utile de joindre les amers aux diurétiques ; on leur donne le vin blanc pour véhicule.

La digitale, après la période aiguë, donnée en infusion aqueuse, en commençant à la dose de dix-huit grains par pinte d'eau, allant graduellement jusqu'à celle d'un demi-gros, et même au-delà quand le malade supporte bien le médicament.

L'urée peut être utile ; on l'emploie depuis douze grains jusqu'à un gros par jour. La scille, l'oxymel scillitique sont également recommandés.

Les purgatifs, que jai déjà indiqués plus haut, seront administrés tous les deux ou trois jours. On devra mettre le malade au régime, car le mettre à la diète absolue serait nuisible. Les alimens trop abondans augmenteraient le mouvement fébrile ; il faut donc tenir un juste milieu, donner d'abord quelques bouillons, plus tard un peu de fécules, etc. Le repos est nécessaire pour favoriser la formation des fausses membranes, que les ondulations empêcheraient ou même détruiraient.

Ici se borne ce que j'avais à dire de la maladie et du traitement; reste cependant à exposer les différens moyens proposés et la modification que je désire apporter à l'opération de l'empyème. Je pense que si elle est rarement couronnée de succès, ce n'est pas qu'elle soit par elle-même très-dangerense, mais uniquement par la nature des circonstances dans lesquelles celle-ci est faite ordinairement, par exemple l'introduction de l'air extérieur dans la cavité de la poitrine. Cette modification a pour but principal de remédier à cet inconvénient, sans entrer dans les détails de l'empyème qu'on appelle *de nécessité*, qui consiste à ouvrir le foyer, qui se trouve circonscrit dans une étendue plus ou moins considérable. Dans ce cas, on conçoit qu'il n'y a pas de règle à suivre, et le médecin-chirurgien, là où il le croira nécessaire, pourra donner issue à l'épanchement, en évitant toutefois la lésion des artères. Il faut se conformer aux localités, s'il m'est permis

de parler ainsi, et prendre cependant les mêmes précautions pour empêcher l'air d'entrer. Il n'en est pas ainsi quand cette opération est réclamée pour un épanchement qui occupe presque toute la capacité du thorax; il y a des règles fixes à cet égard : c'est de celles-ci dont je vais parler.

Le lieu d'élection aujourd'hui est généralement au milieu de l'espace qui se trouve entre le rachis et le sternum, dans l'intervale des quatrième et cinquième fausses côtes du côte droit, et les troisième et quatrième du côté opposé, en comptant de bas en haut. Si le sujet est maigre, ce sera facile; tandis que s'il est gras ou œdématié, ce sera impossible. Dans ce dernier cas, on a conseillé de pratiquer l'opération à quatre travers de doigt au-dessus du rebord cartilagineux qui termine inférieurement la poitrine, pour le côté gauche; et à cinq travers de doigt pour le côté droit; ou bien encore quatre travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, en se rapprochant du milieu de l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale.

Pour pratiquer l'opération, il faut avoir un bistouri droit ordinaire, un autre boutonné, une bandelette de linge éffilée longue de cinq ou six pouces, de la charpie, une compresse fenêtrée, et plusieurs autres, des bandelettes agglutinatives pour retenir la plaie, et un bandage de corps. Tout étant ainsi disposé, on fait asseoir le malade sur le bord de son lit ou sur une chaise; après l'avoir garni de linges ou d'alèses, on lui fait incliner le tronc vers le côté malade, et, avec le pouce et l'index, on forme un pli à la peau qui est perpendiculaire à la direction des côtes, et dans l'endroit où l'on veut pratiquer l'ouverture; on incise ce pli, et on abandonne les tégumens à eux-mêmes, faisant alors pencher l'individu sur le côté sain, afin de rendre plus grand et plus saillant l'espace intercostal dans lequel l'instrument doit pénétrer. Les doigts de la main gauche tendent la peau, sans la tirer dans aucun sens; le bistouri, dans l'autre main, agrandit l'ouverture, divise le tissu cellulaire, les muscles grand dorsal et oblique, parallèlement à la longueur des côtes, dans une étendue de

deux ou trois pouces. L'instrument est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, pour le côté droit; de la même manière, mais d'avant en arrière, pour le côté opposé. On porte dans la plaie l'indicateur de la main gauche, de manière que l'ongle corresponde au bord inférieur de la côte supérieure : les muscles intercostaux sont incisés sur le doigt; on doit apporter d'autant plus de soin à cette incision qu'on approche de la plèvre, ce qu'on reconnaîtra par le flot du liquide qui se fait sentir. Alors on enfonce perpendiculairement le bistouri jusque dans la poitrine, ayant eu soin d'introduire le doigt dans la solution de continuité, afin de recouvrir, avec la dernière phalange, l'extrémité du bistouri, qui pourrait porter sur le poumon; et, avec le dos de l'instrument, on agrandit l'incision, qui toutefois doit être beaucoup moins grande qu'à l'extérieur; sa direction est de même parallèle à celle des côtes; mais on la fait plus près du bord supérieur de la côte inférieure que du bord inférieur de la côte supérieure, pour éviter la lésion des artères intercostales.

Le liquide s'épanche avec plus ou moins de force : le malade doit être placé dans une situation favorable à son écoulement, et quand celui-ci vient à diminuer ou à cesser, on panse au moyen d'une tente un peu solide, de la charpie et un bandage de corps. J'entends parler ici de l'empyème de pus ou de sérosité. On provoque une nouvelle évacuation le deuxième ou troisième jour; et quand on trouve qu'elle est assez abondante, on l'arrête de la même manière que la première fois. On continue ainsi jusqu'à la sortie complète de l'empyème : on panse alors simplement, et la cicatrisation des parois extérieures se fait plus ou moins attendre.

Plusieurs méthodes ont été proposées. M. *Récamier*, professeur de cette Faculté si justement célèbre, est auteur de trois procédés que je vais successivement énumérer. Le lieu d'élection est le même pour tous; c'est l'endroit que j'ai indiqué plus haut. M. *Récamier*, dans son premier procédé, incisait, parallèlement aux côtes, la couche superficielle seulement; puis, rétractant la peau, il arrivait dans la

poitrine par une seconde ouverture, qui n'était plus parallèle à la première : de cette manière, il était maître de laisser couler le liquide et de fermer l'ouverture profonde en abandonnant à eux-mêmes les tégumens externes. Sans m'étendre sur les avantages ou les inconvéniens de ce procédé, je dirai qu'il est abandonné de son auteur.

Le second moyen de M. *Récamier* est un petit appareil, dont une pelote, montée sur ressort, vient immédiatement fermer l'orifice extérieur de la canule, et peut en être seulement éloigné par la cocolonne de liquide, qui, quand elle a cessé de sortir, permet alors à la pelote de s'appliquer de nouveau à cet orifice extérieur. La difficulté de confectionner convenablement un semblable instrument, qui n'est pas exempt d'inconvéniens, a fait que son auteur a eu recours à un troisième procédé. Celui-ci, j'en conviens, en prévient bien quelques-uns que l'on veut éviter ; mais, à mon avis, il n'offre pas tous les avantages qu'on pourrait peut-être espérer.

J'exprime ici toute ma pensée sans détour : je crois être suffisamment compris, sans avoir à parler du respect que nous avons pour l'illustre professeur. M. *Récamier*, après avoir fait une ponction avec un trois-quarts, donne issue à une certaine quantité du liquide par la canule, et injecte en échange une décoction d'orge miellée ou de sureau, afin de remplacer le liquide sorti. Aujourd'hui ce professeur a renoncé à la canule ; il fait une ouverture avec le bistouri, laisse pénétrer l'air, qu'il chasse en remplissant la poitrine d'un des liquides dont je viens de parler, et pansant au moyen d'un plumasseau de charpie, qui permet au liquide de s'écouler par la capillarité ; il favorise ainsi la dilatation du poumon, qui s'opère peu à peu, et répète l'opération un grand nombre de fois, jusqu'à ce que le malade soit guéri, injectant chaque fois autant de liquide qu'il en faut pour remplir complètement la poitrine. Ce procédé, tout ingénieux qu'il est, ne me paraît pas offrir les avantages d'un autre qui aurait pour but d'empêcher l'air extérieur d'entrer par l'ouverture pratiquée, et de

donner issue, en totalité ou en partie, à volonté au liquide épanché. En effet, on voit que la sérosité ou le pus pourra sortir; mais aussi, si l'on fait attention à ce qui se passe, si le liquide est en petite quantité, et que le jet ne remplisse pas toute la capacité de la canule, l'air pourra passer, et passera réellement au moment même où le liquide s'écoule. Cet air, étant plus léger, spécifiquement parlant, gagne la partie supérieure du thorax; la chaleur vitale, étant toujours supérieure à la tempéature extérieure, dilate l'air entré; la respiration est gênée; le poumon de nouveau est comprimé, ne peut tendre à se dilater ou à un pneumo-hydrothorax. Si l'on supprime la canule, l'air extérieur entrera encore plus facilement. On prétend le chasser en injectant un liquide; mais ce liquide ne peut remplir exactement toute la capacité de la poitrine jusqu'au sommet; il restera toujours un peu d'air : d'abord la prompte fétidité qu'exhale le liquide en est une preuve.

C'est en analysant ce phénomène que j'ai été conduit à proposer une modification très-simple, qui perfectionne le procédé qui nous occupe. (Je parle de celui qui exige le trois-quarts.) En effet, que se propose-t-on par l'opération? La sortie du liquide qui comprime le poumon, et donne lieu à une dyspnée plus ou moins remarquable. Peut-on dire que la sortie du liquide en une seule fois sera contraire au malade? Je ne le pense pas : loin de là; je crois qu'elle doit favoriser singulièrement la dilatation du poumon, et que l'extension pulmonaire se fera dans tous les sens, à la fois dans les aréoles vésiculaires, beaucoup plus facilement que si un liquide, quelle que soit sa nature, vient à comprimer son parenchyme. L'introduction de l'air par la plaie n'est pas un obstacle moins grand à la dilatation du poumon, et la modification que je propose prévient l'inconvénient. Elle consiste à fixer, au moyen d'un lien, sur le pavillon de la canule qui reçoit le trois-quarts, l'ouverture d'une vessie vide d'air, qu'on aura préalablement remplie d'eau, et vidée, afin que ses parois puissent s'affaisser et se trouver à peu près réunies; on pourra les tordre pour les tenir plus rapprochées, et après l'introduction du

trois-quarts par le procédé connu, la vessie étant beaucoup plus longue que l'instrument, on abaissera son fond, dont on coiffera le manche; on se comportera comme si l'on voulait faire sortir la face interne de son bas-fond par l'orifice extérieur; ensuite le manche du trois-quarts, coiffé par le bas-fond de la vessie, sera saisi et retiré de la canule, dans le sens de la longueur de cette vessie; il restera dans celle-ci, qui recevra également le liquide épanché, sans que l'air atmosphérique puisse en aucune manière pénétrer dans la poitrine. Je ne crois pas qu'il faille d'autres explications pour faire concevoir ce que j'avais à dire sur ce sujet. Le liquide étant évacué, on enlèvera la canule, et on réunira promptement les lèvres de la plaie avec du diachylon gommé et un petit bandage contentif. On voit que cette modification de la vessie pourra être employée dans tous les cas où on voudra évacuer un liquide épanché, quelle que soit la cavité, ou quel que soit le siége de l'épanchement. Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire qu'on a exagéré les dangers que produit l'introduction de l'air, dans les articulations ouvertes, par exemple; mais tous également conviennent que, dans l'opération de la ponction, l'introduction de l'air dans l'abdomen peut contribuer au développement d'une péritonite. Il est donc encore important d'empêcher l'air de pénétrer dans cet organe.

Je reviens à l'opération de l'empyème. M. *Laennec*, par suite de ses belles découvertes, consignées dans son immortel ouvrage de l'auscultation, pense que plus tard cette opération deviendra beaucoup plus commune, et qu'on trouvera sans doute un moyen pour, après la sortie du liquide, dilater le poumon qui se trouve condensé. Il se propose d'employer la ventouse; mais, indépendamment que ce moyen doit être douloureux, je ne pense pas qu'il pût avoir du succès, si l'on ne parvenait à tenir ouverts les bords de la plaie, ou bien à faire éprouver une déperdition de substance, et ce n'était pas là ce qu'entendait son auteur.

Je pense qu'on pourrait construire une seringue à soupapes, dont

la canule, substituée à celle du trois-quarts, pénétrerait dans la poitrine ; le piston de cette seringue ferait le vide de bas en haut, et muni d'une soupape qui s'ouvrirait pour laisser passer le liquide, quand on ramènerait ce piston de haut en bas, faisant, en un mot, l'office d'une pompe aspirante et foulante. L'autre soupape, fixée immédiatement au-dessus de la canule (dans le corps de pompe), mobile au moyen d'une gachette, donnerait un point d'appui pour faire sortir le liquide monté dans la seringue.

Ce moyen serait très-bon, je pense. Mon intention était de faire lithographier l'instrument, pour en donner une idée plus exacte ; mais M. *Récamier*, que je me suis plu à consulter, m'a dit avoir un instrument à peu près semblable ; et, comme je ne parais point avoir la priorité, j'en suis resté là, mon seul but étant d'être utile.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ars medica tota in observationibus.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

Quo in morbo somnus laborem facit, lethale; si verò somnus juvet, non est lethale. *Sect.* 2, *aph.* 1.

V.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.